

Commonwealth of Massachusetts
Depatman aksidan endistriyèl

Gid ou an sou

**Sistèm
asirans
pou aksidan
nan travay
nan Massachusetts**

Pou anplwaye
aksidante



KISA YO RELE ASIRANS POU AKSIDAN NAN TRAVAY ?

Sistèm asirans pou aksidan nan travay nan Massachusetts la tabli pou garanti tout anplwaye gen pwoteksyon asirans, si yo aksidante nan travay oubyen si yo atrap yon maladi ki gen rapò ak travay la.

Dapre sistèm sa a, konpayi travay yo oblige dapre lalwa Massachusetts la ofri, tout anplwaye yo, yon asirans pou aksidan nan travay [workers' compensation - WC]. Asirans sa a peye pou tout tretman medikal nesesè pi gen rapò ak aksidan an, e li peye yon pati tou nan konpansasyon salè anplwaye a pa touche, apre premye senk jou enkapasite yo. Si li gen asirans sa a, konpayi kote ou travay la pwoteje si ou asiyen li poutèt aksidan an. Ou ka, toutfwa, asiyen yon tyè pati, nan yon litij civil.

Si konpayi asirans lan konteste reklamasyon ou an, oubyen si ou pa resevwa tout benefis ou panse ou sipoze resevwa, oubyen si ou gen lòt pwoblèm pou resevwa benefis asirans pou aksidan nan travay ou an, Depatman pou aksidan endistriyèl la [Department of Industrial Accidents - DIA] ka ede w.

Ti liv sa a ap bay yon deskripsyon sou kisa pou espere si ou aksidante nan travay la. Li pral pale ou de responsabilite ou yo ak responsabilite konpayi kote ou travay la ansanm ak konpayi asirans li.

KISA NOU FÈ



DIA, anvantou, se yon sistèm tribunal altènatif, ki responsab rezoud reklamasyon anplwaye nan asirans WC. Pèsonèl enfòmasyon piblik nou an ka reponn kesyon ou genyen sou benefis asirans pou aksidan nan travay epi yo ka kite ou konnen pwosede yo pou swiv pou resevwa benefis sa yo.

Li trè enpòtan pou ou sere tout dokiman konpayi kote ou travay la oubyen konpayi asirans travay la voye ba ou, ak fotokopi tout fòm yo mande ou siyen pou yo. Si ou rele nimewo telefòn sèvis enfòmasyon nou an fò ou gen fòm sa yo soulamen, ansanm ak yon plim oubyen yon kreyon ak yon papye pou pran nòt. Li ka itil tou si ou ekri kesyon ou yo lavans, konsa ou pap blyie poze tout kesyon ou yo.

Ti liv sa a eksplike dwa ak responsabilite ou yo dapre lwa Massachusetts la sou asirans pou aksidan nan travay. Apre ou byen li li, wap byen konprann kijan sistèm nou an mache.

Avantaj sosyal – Lwa sou asirans pou aksidan nan travay nan Massachusetts la pa egzije pou avantaj sosyal yo kontinye, ansanm ak asirans medikal. Pale ak anplwaye yo nan biwo sèvis pèsonèl la sou rezulta demann ou fè a ap gen nan asirans medikal ou an, ak polis tankou polis sou resevwa lè pou maladi ak vakans.

Enpòtan : DIA gen anpil « fòm nimewote » nou oblige konpayi travay ak konpayi asirans yo itilize pou kenbe ou okouran de tout aksyon yap pran sou reklamasyon ou an. Nimewo telefòn DIA a sou fòm sila yo, men si ou gen kesyon sou enfòmason ki make sou fòm sila yo, **rele rezendant depatman reklamasyon konpayi asirans lan – pa rele DIA a.**

KI KOTE POU KÒMANSE

Lè ou aksidante nan travay la, **konpayi kote ou travay la** kòmanse pwosede reklamasyon ou an. Si ou bezwen swen medikal, konpayi kote ou travay la gen pou li avèti konpayi asirans pou aksidan nan travay li a sou frè medikal yo. Konpayi asirans lan (konpayi asirans pou aksidan nan travay konpayi kote ou travay la) ap distribye ba ou yon kat asirans, ak yon nimewo reklamasyon wap gen pou bay doktè kap pran swen ou pou li voye tout bòdwo swen medikal yo bay konpayi asirans lan dirèkteman. Si ou pa resevwa kat sa a touswit apre aksidan ou an, antre an kontak ak konpayi asirans lan. Pi plis nan founisè medikal yo ap mande nimewo sa a. Lè ou wè yon doktè oubyen lòt pwofesyonèl swen medikal pa blye kite yo konnen ke ou vle tretman pou yon aksidan nan travay. Si yo aksepte resevwa ou kòm kliyan, yo aksepte voye bòdwo tretman ou yo bay konpayi asirans lan. Konpayi asirans lan responsab pou tout frè yo ; ou pap gen anyen pou peye oumenm.

Si ou enfim, pa ka touche salè nòmal ou pou yon peryòd senk oubyen plis jou sivil, konpayi kote ou travay la gen pou fè yon rapò sou enfimite ou an bay konpayi asirans li a ak DIA a sou yon fòm ki rele fòm *Premye rapò konpayi travay la sou aksidan/fatalite* [Employer's First Report of Injury/Fatality] (fòm 101). Li pa nesesè pou senk you sa yo vin youn apre lòt, e nenpòt jou ou andikape antyéman oubyen a mwatye konte ladan li.

Konpayi kote ou travay la gen pou founi rapò sa a nan lespas sèt jou sivil, san konte dimanch ak jou ferye, nan senkyèm jou a apre aksidan ou an. Si ou fè rapò sou aksidan ou an bay konpayi kote ou travay la apre senk oubyen plis jou yon fwa ou gen tan andikape, konpayi kote ou travay la oblige klase fòm 101 an nan lespas sèt jou apre ou fè rapò sou aksidan an. Si konpayi kote ou travay la pa voye rapò sa a bay konpayi asirans lan, ou gen pou voye rapò sou aksidan an bay konpayi asirans lan oumenm. Konpayi asirans kote wap travay la gen pou li afiche yon afich nan anplasman travay la, ak non epi adrès konpayi asirans WC a, ak lòt enfòmasyon. Si konpayi kote ou travay la pa gen afich sa a, epi si li pap di w non konpayi asirans li an, biwo asirans DIA a ap eseye ede ou.

Konayi asirans lan gen pou li kòmanse peye ou pou salè ou pa touche oubyen voye ou yon lèt rejè ki eksplike rezon pouli li pa aksepte reklamasyon w lan, nan lespas 14 jou apre yo resevwa fòm 101 konpayi kote ou travay la. Li vle di wap kòmanse resevwa yon chèck nan lespas twa oubyen kat semèn apre aksidan ou an. Wap resevwa peman pou salè ou pa resevwa pou tout jou ou pa ka travay apre premye senk jou yo. Ou ka pa resevwa peman pou premye senk jou apre ou aksidante a sofsi ou andikape pandan 21 jou oubyen plis.

Konpayi asirans lan ka peye w benefis pandan 180 jou maksimòm san pa gen yon desizyon final sou ka w lan. Yo rele sa peryòd « peman san prejidis ». Pandan premye peryòd sa a konpayi

NOTE BYEN : Konpayi asirans lan ka ogmante peryòd 180 jou « peman san prejidis » la nan yon ane, ak otorizasyon ou an alekri, sou yon fòm 105, otorizasyon pou pwolonje peryòd peman 180 jou a san prejidis. Fò depatman an otorize fòm 105 lan.

Fè atansyon pou ou okouran de dwa ou genyen yo anvan ou bay konsantman ou an, oubyen anvan ou siyen nenpòt lòt dokiman.

asirans la ka sispann oubyen diminye peman ou resevwa yon fwa li voye ba ou yon avi alekri sèt jou anvan peman an sispann oubyen diminye. Fò yo eksplike rezon pou ki yo pran aksyon sa a. Si

Form 101 The Commonwealth of Massachusetts Department of Industrial Accidents – Department 101 400 Washington Street - 3rd Floor, Boston Massachusetts 02111 Info Line (800) 323-2259 or (617) 727-4000 ext. 470 http://www.state.ma.us/dia/		DIA USE ONLY																																																																																													
EMPLOYER'S FIRST REPORT OF INJURY OR FATALITY																																																																																															
THIS FORM MUST BE FILED BY THE EMPLOYER IN THE EVENT OF AN INJURY THAT RESULTS IN DEATH OR FIVE OR MORE CALENDAR DAYS OF TOTAL OR PARTIAL INCAPACITY FROM EARNING WAGES. INSTRUCTIONS AND CODES ON THE REVERSE SIDE. Please Print Legibly or Type. Unreadable forms will be rejected.																																																																																															
<table border="0"> <tr> <td>1. Employer Name (Last, First, MI)</td> <td>2. Home Telephone Number</td> <td>3. Social Security Number</td> </tr> <tr> <td>4. M/F</td> <td>5. No. of Dependents</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Home Address (No., Street, City, State & Zip Code)</td> <td>7. Date of Birth (MM/YYYY)</td> <td>8. Average Weekly Wage</td> </tr> <tr> <td>9. Date of Death (MM/YYYY)</td> <td></td> <td>9. Estimated Actual</td> </tr> <tr> <td colspan="3">10. Employee Name</td> </tr> <tr> <td colspan="3">11. Employee's Address (No., Street, City, State & Zip Code)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">12. Employer's Telephone #</td> </tr> <tr> <td colspan="3">13. Worker's Compensation Insurance Carrier and Tel. No. (NOT LOCAL AGENT ADMINISTRATION)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">14. Disability Case (See Reverse Side)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">15. W.C. Policy Number</td> </tr> <tr> <td colspan="3">16. Self Insured? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="3">17. Business Type <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Wholesale <input checked="" type="checkbox"/> Retail <input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td colspan="3">18. DATE OF INJURY (month/year):</td> </tr> <tr> <td colspan="3">21. Was Employee Injured on Employer's Premises? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="3">22. Location of Injury or on Employer's Premises.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">23. PREV. Ave of Prod or Partial Incapacity to Earn Wages (MM/YYYY)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">24. PREV. Ave of Prod or Partial Incapacity to Earn Wages (MM/YYYY)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">25. If Employee was Dead, Date of Death (MM/YYYY)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">26. Source of Injury (Chemicals, Machinery, etc.)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">27. Briefly Describe the Injury/Eggs/Injuries Sustained and Body Part(s) involved:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">28. Person in Whom Injury was Reported (list position):</td> </tr> <tr> <td colspan="3">29. Date Reported (month/year): <input type="checkbox"/> Date Reported as week related (MM/DD/YY)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">30. Relationship to Injury – Only Full Name(s) if more than one:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">31. Has Employee Returned to Work? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="3">32. Date Employee Returned to Work (MM/YYYY)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">33. Employee's Regular Occupation:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">34. Has Employee Returned to Original Occupation? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="3">35. Employee's Last Name</td> </tr> <tr> <td colspan="3">36. Title</td> </tr> <tr> <td colspan="3">37. EMPLOYER'S SIGNATURE (SEE INSTRUCTIONS ON REVERSE SIDE)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">38. Date Prepared (MM/YYYY)</td> </tr> </table>			1. Employer Name (Last, First, MI)	2. Home Telephone Number	3. Social Security Number	4. M/F	5. No. of Dependents		6. Home Address (No., Street, City, State & Zip Code)	7. Date of Birth (MM/YYYY)	8. Average Weekly Wage	9. Date of Death (MM/YYYY)		9. Estimated Actual	10. Employee Name			11. Employee's Address (No., Street, City, State & Zip Code)			12. Employer's Telephone #			13. Worker's Compensation Insurance Carrier and Tel. No. (NOT LOCAL AGENT ADMINISTRATION)			14. Disability Case (See Reverse Side)			15. W.C. Policy Number			16. Self Insured? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No			17. Business Type <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Wholesale <input checked="" type="checkbox"/> Retail <input type="checkbox"/> Other			18. DATE OF INJURY (month/year):			21. Was Employee Injured on Employer's Premises? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No			22. Location of Injury or on Employer's Premises.			23. PREV. Ave of Prod or Partial Incapacity to Earn Wages (MM/YYYY)			24. PREV. Ave of Prod or Partial Incapacity to Earn Wages (MM/YYYY)			25. If Employee was Dead, Date of Death (MM/YYYY)			26. Source of Injury (Chemicals, Machinery, etc.)			27. Briefly Describe the Injury/Eggs/Injuries Sustained and Body Part(s) involved:			28. Person in Whom Injury was Reported (list position):			29. Date Reported (month/year): <input type="checkbox"/> Date Reported as week related (MM/DD/YY)			30. Relationship to Injury – Only Full Name(s) if more than one:			31. Has Employee Returned to Work? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No			32. Date Employee Returned to Work (MM/YYYY)			33. Employee's Regular Occupation:			34. Has Employee Returned to Original Occupation? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No			35. Employee's Last Name			36. Title			37. EMPLOYER'S SIGNATURE (SEE INSTRUCTIONS ON REVERSE SIDE)			38. Date Prepared (MM/YYYY)		
1. Employer Name (Last, First, MI)	2. Home Telephone Number	3. Social Security Number																																																																																													
4. M/F	5. No. of Dependents																																																																																														
6. Home Address (No., Street, City, State & Zip Code)	7. Date of Birth (MM/YYYY)	8. Average Weekly Wage																																																																																													
9. Date of Death (MM/YYYY)		9. Estimated Actual																																																																																													
10. Employee Name																																																																																															
11. Employee's Address (No., Street, City, State & Zip Code)																																																																																															
12. Employer's Telephone #																																																																																															
13. Worker's Compensation Insurance Carrier and Tel. No. (NOT LOCAL AGENT ADMINISTRATION)																																																																																															
14. Disability Case (See Reverse Side)																																																																																															
15. W.C. Policy Number																																																																																															
16. Self Insured? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No																																																																																															
17. Business Type <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Wholesale <input checked="" type="checkbox"/> Retail <input type="checkbox"/> Other																																																																																															
18. DATE OF INJURY (month/year):																																																																																															
21. Was Employee Injured on Employer's Premises? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No																																																																																															
22. Location of Injury or on Employer's Premises.																																																																																															
23. PREV. Ave of Prod or Partial Incapacity to Earn Wages (MM/YYYY)																																																																																															
24. PREV. Ave of Prod or Partial Incapacity to Earn Wages (MM/YYYY)																																																																																															
25. If Employee was Dead, Date of Death (MM/YYYY)																																																																																															
26. Source of Injury (Chemicals, Machinery, etc.)																																																																																															
27. Briefly Describe the Injury/Eggs/Injuries Sustained and Body Part(s) involved:																																																																																															
28. Person in Whom Injury was Reported (list position):																																																																																															
29. Date Reported (month/year): <input type="checkbox"/> Date Reported as week related (MM/DD/YY)																																																																																															
30. Relationship to Injury – Only Full Name(s) if more than one:																																																																																															
31. Has Employee Returned to Work? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No																																																																																															
32. Date Employee Returned to Work (MM/YYYY)																																																																																															
33. Employee's Regular Occupation:																																																																																															
34. Has Employee Returned to Original Occupation? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No																																																																																															
35. Employee's Last Name																																																																																															
36. Title																																																																																															
37. EMPLOYER'S SIGNATURE (SEE INSTRUCTIONS ON REVERSE SIDE)																																																																																															
38. Date Prepared (MM/YYYY)																																																																																															

* Disclosure of Social Security Number is voluntary. It will not be processing of your report. Form 101 - Revised 5/2001 - Reproducible as needed.

THIS FORM DOES NOT CONSTITUTE AN EMPLOYEE CLAIM FOR BENEFITS UNDER WORKERS' COMP.

konpayi asirans lan kontinye peye ou apre peryòd sa a, konpayi asirans lan ap - nan prèske tout sikonstans yo - bezwen pemisyon ounenm oubyen pèmisyon yon jij pou sispann oubyen diminye benefis ou yo.

KISA KAP RIVE SOU YO KONSTETE REKLAMASYON OU AN ?

Si konpayi asirans lan deside konteste reklamasyon ou fè a, li gen pou anonsé w sa nan yon lèt wap resevwa nan kourye sètifye, e li gen pou kite w konnen dwa ou genyen pou klase yon reklamasyon ak depatman sa a. Fò swiv menm pwosede a si yo kòmanse peye, epi sispann, oubyen mande pèmisyon DIA a pou sispann, benefis ou yo.

Si konpayi asirans la refize premye reklamasyon ou an, ou ka mande yon dezyèm jijman sou desizyon pou sispann peman sa a yon fwa yo klase yon reklamasyon pou revizyon jijman sa a ak DIA a. **Fò plase reklamasyon ou an sou yon fòm 110 fòm pou reklamasyon anplwaye.** Fòm sa a gen pou li byen ranpli **antyèman epi san fot**. Fòm yo disponib sou sit entènèt nou an <www.mass.gov/dia>, epi nan tout biwo DIA ; oubyen rele biwo enfòmasyon piblik la, 617-727-4900, pòs 470.

Gen dokiman ki pou ale ak fòm reklamasyon an. Gen yon lis sou dokiman nesesè yo sou sit entènèt nou an, <www.mass.gov/dia>, ansanm ak lòt enfòmasyon sou fè yon reklamasyon ak noumenm.

Yon fwa ou ranpli fòm reklamasyon an, mete dokiman obligatwa yo ak li, epi voye anvlop reklamasyon an bay DIA, 600 Washington St., 7th Floor, Boston, MA 02111 (adrès la ekri sou anlè fòm lan). **PA VOYE FÒM REKLAMASYON YO NAN BIWO REJYONAL LA. Tout fòm reklamasyon gen pou ale nan biwo Boston an.**

Fò ou voye yon kopi bay konpayi asirans lan tou. Dapre sa lalwa di, konpayi kote ou travay la gen pou li ba ou non ak adrès konpayi asirans lan. Si konpayi kote ou travay la refize ba ou enfòmasyon sa a, oubyen si yo pa gen asirans pou aksidan nan travay, avize biwo DIA a touswit. Nou rekòmande ou sere yon kopi fòm 110 la nan dosyè pèsonèl ou. **Lè ou ale nan nenpòt biwo DIA pou yon pwosè, pa blyie pou vin ak tout lèt konpayi asirans lan oubyen DIA a voye ba ou, ansanm ak tout lòt dokiman enpòtan, pi presizeman lèt ki anonsé pwosè a.**

Medyasyon

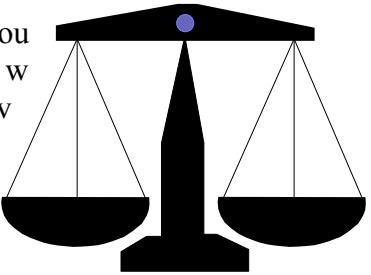
Lè yon klase yon fòm *reklamasyon anplwaye* ak DIA a, oubyen konpayi asirans lan mande pèmisyon pou sispann oubyen chanje benefis ou yo, ap gen yon reyinyon ant oumenm, konpayi asirans lan ak yon medyatè nan depatman sa a. Reyinyon sa a, ki rele yon medyasyon, pran plas an jeneral nan lespas 12 jou sivil apre nou kòmanse travay sou fòm reklamasyon ou an. Nan reyinyon sa a nap ese耶 rive nan yon **akò volontè** ant oumenm ak konpayi asirans lan. Pa gen desizyon ki ka tdeside alavans reyinyon sa a. Si nou pa ka rive nan yon akò volontè, pozisyon reklamasyon ou an ap rete menm jan ak anvan, epi ka w lan ap transfere bay youn nan jij nou yo pou yon konferans. Oumenm ak konpayi asirans lan ka dakò tou pou yon arbitray volontè.

Abitracy volontè

Nenpòt lè anvan senk jou anvan yon konferans oumenm ak konpayi asirans lan ka dakò pou pase ka nap dispute a bay yon arbitrè endepandan. Pa gen lòt aksyon kap fèt nan depatman nou an sou reklamasyon ou an. Wap gen pou prezante ka w lan bay arbitrè a, konpayi asirans lan ap fè menm bagay, e arbitrè a gen apresa yon deiszyon oumenm ak konpayi asirans lan ap gen pou aksepte.

Konferans

Konferans lan se yon reyinyon anvan yon reyinyon yon jij administre. Jij lan resevwa enfòmasyon sou ka a nan men oumenm ak konpayi asirans lan ansanm ak tout dokiman ki founi yo tankou dosye medikal, lèt enfòmasyon sou revni ak afidavi temwen yo. Yo pa rele temwen yo, annik di jij la sa temwen yo ta di si yo te la. Li pa nesesè pou prete sèman pou temwayaj yo. Nan konferans lan wap bezwen montre ou te andikape, aksidan an te gen pou wè ak travay la e tout bòdwo swen



medikal ki konteste te nesesè pou tretman an. Apre konferans lan, jij lan pase yon jijman, swa ki mande konpayi asirans lan peye benefis ou yo, oubyen jijman ki di yo pa responsab peman yo pou ou.

Ni oumenm ni konpayi asirans lan ka mande pou revize jijman konferans lan. Revizyon sa a gen pou li klase ak depatman an nan lespas 14 jou apre dat jijman an pase. Gen yon frè 450\$ pou mande revizyon jijman konferans lan, si demann pou revizyon ou an baze sou yon pwoblèm medikal. Frè sa a ka anile, si ou ka pwouve ou pa ka peye frè a. Si oumenm oubyen konpayi asirans la mande yo revize jijman konferans lan, yap prevwa yon jijman devan menm jij lan.

Pwosè

Pwosè a se yon pwosesis pi plis ofisyèl devan menm jij administratif la ki te reponsab konferans lan. Règ sou evidans ap aplike epi yap pran temwayaj sémante. Yap rele temwen yo epi yap entwoje moun nan lòt kan an. Yon estenograf ap anrejistre pwosè a. Jij la kontinye rasanble enfòmasyon apre pwosè a.

Ni oumenm ni konpayi asirans lan ka mande Konsèy revizyon an revize desizyon jijman an. Revizyon ki mande Konsèy revizyon a fè (fòm 112) gen pou li klase nan lespas 30 jou apre dezizyon pwosè a pase. Gen pou peye yon frè ki egal a 30 poustan nan revni mwayèn pa semèn leta a, (nan lè revizyon an) pou mande yo revize desizyon pwosè a.

Konsèy revizyon an

Konsèy sa a gen sis jij ladan li, twa nan yo ki va egzaminen transkripsyon pwosè a. Yo ka mande ni oumenm ni konpayi asirans lan rapò alekri sou agiman ki te fèt. Jiri sa a ka revoke oubyen aksepte desizyon jij administratif la.

Disizyon siplemantè

Disizyon Konsèy revizyon an ka revize si Kou dapèl Massachusetts la mande sa.

KIJAN YO DETÈMINE BENEFIS OU YO

Pi plis nan benefis yo baze sou mwayèn salè ou an lasemèn [average weekly wage – AWW] anvan aksidan w lan (ansanm ak ovètaym, poubwa, elatriye), anaryè yon maksimòm 52 semèn anvan dat aksidan w lan. Si ou pat nan menm travay sa a ase lontan pou ka detèminen AWW w lan, konpayi asirans lan ka utilize revni aktyèl yon lòt anplwaye ki nan menm pozisyon lontan ase po yo detèminen yon AWW, oubyen yon lòt metòd.

Benefis medikal



Ou gen dwa resevwa swen medikal adekwa epi ki rezonab. Wap resevwa peman tou pou mileyaj pou deplasman ale retou nan vizit medikal yo. Pou vizit ou yo kay doktè oubyen nan lopital la, konpayi kote ou travay la gen dwa chwazi yon founisè swen medikal nan lis founisè swen konpayi travay la. Apre premye tretman sa a, ou gen dwa chwazi founisè swen medikal ou vle. Ou ka chanje founisè sa yo yon fwa san pèmisyon konpayi asirans lan. Pou chanje founisè swen ankò wap bezwen konpayi asirans lan otorize chanjman an. Konpayi asirans lan gen dwa mande ou ale wè doktè li yo pou evalyasyon enkapasite w lan.

Benefis enkapasite total tanporè

Ou kalifye pou benefis tanporè total si aksidan ou an fè ou pa ka travay, yon fwa yo pran an konsiderasyon laj ou, fòmasyon w ak eksperyans ou, pandan sis oubyen plis jou sivil (jou yo pa bezwen youn apre lòt). Ou ka resevwa benefis sa yo pandan 156 semèn an total. Konpansasyon kòmanse nan sisyèm jou enkapasite a, ou pa resevwa konpasasyon pou premye senk jou ou enkapasite yo sofsi ou andikape pandan 21 jou oubyen plis. Ankò, jou sa yo ba bezwen youn apre lòt.

Benefis total tanporè baze sou revni ou anvan tout dediksyon pandan 52 semèn yo anvan aksidan w lan. Pou detèminen benefis ou yo, pran montan revni ou anvan tout dediksyon, an kontan sa ou touche nan ovètaym, bonis, elatriye epi divize montan sa a pa kantite semèn ou travay, pou ka kalkile revni pa semèn an mwayèn ou an. Miltipliye nonm sa a pa 60 poustan epi jwenn konpasyon apwoksimatif pa semèn ou an. Maksimòm ou ka resevwa se mwayèn revni pa semèn leta a [state's average weekly wage - SAWW] nan lè aksidan w lan. SAWW an tabli chak ane pa Divizyon travay ak fòmasyon nan Massachusetts la.

Benefis enkapasite pasyèl

Si ou ka travay, men ou pa gen otorizasyon doktè w lan pou tounen fè travay ou te konn fè, ou ka kalifye pou benefis pasyèl pou yon maksimòm 260 semèn. Pou kèk kalite enkapasite enpòtan, ou ka resevwa benefis pandan yon maksimòm 520 semèn.

Peman pou enkapasite pasyèl egal a 60 poustan nan diferans lan ant mwayèn revni w pa semèn anvan aksidan w lan ak revni w pa semèn ou kapap touche koulye a. Maksimòm konpansasyon an dappre seksyon lalwa sa a limite nan 75 poustan de sa benefis tanporè total pa semèn ou an ta ye. Pa egzanp, si ou ta resevwa 440\$ pa semèn pou benefis tanporè total, pi plis ou ka resevwa si yo ta gen benefis pasyèl ta 330\$ pa semèn.

Benefis enkapasite total ak pèmanan

Si ou gen yon enkapasite total epi pèmanan pou fè nenpòt kalite travay poutèt yon aksidan oubyen maladi ki gen rapò ak travay la ou ka gen dwa resevwa benefis pèmanan. Ou ka resevwa benefis sa yo toutotan ou pa ka travay. Ou pa bezwen itilize tout benefis tanporè ou yo anvan ou aplike pou benefis pèmanan.

Wap resevwa detyè nan mwayèn revni ou an pa semèn (oubyen yon minimòm 20 poustan SAWW lan) baze sou 52 semèn yo anvan aksidan w lan, jis nan maksimòm SAWW an.

Pèt fonksyon pèmanan ak benefis poutèt ou defigure

Si rezulta aksidan w lan se yon pèt pèmanan kèk fonksyon byen presi nan kò w, oubyen nan sikatrizasyon, ou ka resevwa yon peman yon fwa sèlman dapre seksyon 36 nan lwa sou aksidan nan travay la. Benefis sa yo peye anplis lòt peman -- frè medikal, pèt revni, elatriye. Ou resevwa konpansansyon siplemantè sa a pou sikatris sèlman si yo sou figi ou, kou w, oubyen men ou yo. Moun ki aksidante anvan 24 desanm 1991 gen benefis lejèman diferan. Kontakte biwo sèvis enfòmasyon nou an si ou gen nenpòt kesyon sou benefis yo dapre seksyon 36. Pou kalkil konpansasyon espesyal, apre konpayi asirans lan fè w yon ofr, rele depatman medyasyon nou an pou w ka pale ak yon medyatè - 617-727-4900, pòs 369.

Lòt benefis WC

Frè antèman rezonab, 40004 maksimòm, ap peye si oka aksidan an ta koze lanmò moun lan. Mari/madanm ou kite dèyè ka resevwa benefis pa semèn ki egal a detyè mwayèn revni pa semèn anplwaye ki mouri a, jis nan yon maksimòm SAWW a. Yo ka resevwa benefis sa yo toutotan yo rete

depandan epi pa remarye. Mari/madan ki rete dèyè ap kalifye pou frè abitasyon anyèl ki ogmante dezan apre dat aksidan an. Si mari/madanm lan remarye, yo peye chak timoun ki kalifye 60\$ pa semèn. Montan total pa semèn lan peye bay timoun depandan yo pa ka depase kantite mari/madanm lan tap resevwa.

LÈ YO KA SISPANN OUBYEN DIMINYE BENEFIS YO

Benefis ou yo ka sispann oubyen diminye pou plizyè rezon. Kèk nan rezon pi òdinè yo, lè responsabilite etable, se :

- se desizyon yon abitrè, jij administratè, konsèy revizyon, oubyen tribunal siperyè ;
- ou tounen nan travay (konpayi asirans lan gen pou rekòmanse benefis yo si nan lespas 28 jou ou kite travay ka ankò poutèt menm domaj yo) ;
- konpayi asirans lan resevwa yon dosye medikal sou oumenm doktè kap pran swen ou an ekri oubyen yon medsen lejis san patipri ekri ki di ou ka tounen travay, e konpayi kote ou travay la di li gen yon pozisyon adekwa pou ou ;
- ou gen pou ale nan yon evalyasyon anplwaye DIA pou revizyon reyadaptasyon pwofesyonèl epi ou refize ale, oubyen ou refize kowopere ak desizyon sèvis reyadaptasyon pwofesyonèl lan.
- yo mande ou ale wè doktè konpayi asirans lan pou yon evalyasyon, epi ou pa ale.
- ou al nan prizon apre yo jwenn ou koupab pou swa yon enfrakson oswa yon krim.

YON SÈL PEMAN POU RÈGLEMAN

Yon peman yon sèl fwa se yon règleman oubyen yon kontra ant oumenm, konpayi asirans lan, konpayi kote ou travay la gendefwa. Peman yon sèl fwa sa a ka fèt pou ranplase chèk konpasyon ou resevwa chak semèn ak kèk lòt benefis. Si ou aksepe règleman sa a li vle di ou renonse kèk dwa ou genyen, ki vle di fò ou byen reflechi pou wè si wi oubyen non li ta nan pi bon enterè w pou ka w lan regle.

Si konpayi asirans lan aksepte responsabilite legal pou domaj ou yo, lè ou aksepte resevwa yon sèl peman benefis medikal ou yo ap rete louvè. Ki vle di konpayi asirans lan gen pou li kontinye peye ni pou tretman medikal nesesè epi rezonab ni pou sèvis reyadaptasyon pwofesyonèl. Konpayi asirans lan gen dwa, toutfwa, pou li refize nenpòt tretman li panse pa nesesè oubyen pa rezonab.

ÈSKE OU BEZWEN YON AVOKA ?

Ou pa bezwen avoka pou klase yon reklamasyon benefis, epi li pa nesesè pou ou gen yon avoka pou ale nan okennt nan reyinyon ak depatman an. Ou ka reprezante tèt ou, oubyen nenpòt moun ou chwazi ka reprezante w, moun sa ka yon avoka. Si ou gen yon avoka, lalwa a mande pou konpayi asirans lan peye frè avoka a **si ou ranpòte laviktwa pou ka w lan**. Nan kèk ka konpayi asirans lan ka diminye peman li peye ou pou ede peye pou reprezantasyon legal ou an. **Si ou pèdi**, avoka a ka mande ou peye pou depans byen presi sèlman.

SÈVIS REYADAPTASYON PWOFESYONÈL

Si yon doktè deside ke poutèt domaj ou genyen yo ou pap ka tounen nan travay ou an ou ka kalifye pou sèvis reyabilitasyon pwofesyonèl. Objektif reyadaptasyon pwofesyonèl la se pou ede ou tounen nan travay epi touche prèske menm salè a ak sa ou te touche anvan aksidan w lan. Sèvis reyadaptasyon pwofesyonèl kouvri tout sèvis **ki pa sèvis medikal** ke ou ka bezwen pou ka tounen nan yon bon pozisyon travay.

Sèvis yo ka gen evalyasyon sa ou kapab fè, tès pwofesyonèl, konsèy oubyen èd, chanjman nan anplasman travay, ak/oubyen èd pou jwenn travay / dezyèm fòmasyon pwofesyonèl.

Si ou gen pou rankontre ak youn nan anplwaye reyabilitasyon pwofesyonèl nou yo **fò** ou ale nan reyinyon sa a. Reyinyon sa a se pou detèminen si ou se yon bon kandida pou sèvis sa yo. Si ou

refize vini nan reyinyon sa a benefis ou yo ap diskontinye. Si ou refize patisipe nan yon pwogram reyadaptasyon apre yo deklare ou kapab ale, konpayi asirans lan ap diminye benefis ou resevwa chak semèn lan, ak pèmiszyon depatman sa a.

Enfòmasyon piblik

Lwa sou asirans pou aksidan nan travay la difisil, e se pou sa pwosesis klasman yon reklamasyon ka konplike. Bwochi sa a gen pou li reponn pi plis nan kesyon ou ka genyen yo. Si ou bezwen plis enfòmasyon, rele nenpòt nan biwo rejyonal nou yo. Oubyen antre an kontak ak biwo enfòmasyon piblik nou an ; si ou nan leta Massachusetts la ou ka rele nimewo gratis nou an : 1-800-323-3249, pòs 470. Andeyò leta Massachusetts la, rele 617-727-4900, pòs 470. Ou ka jwenn enfòmasyon tou si ou ale nan sit entènèt nou an nan - <www.mass.gov/dia>

TDD (telefòn rezèве pou moun ki pa tandé byen) : 1-800-224-6196

Biwo rejyonal DIA :

**Boston : (617) 727-4900 ; Lawrence : (978) 683-6420 ; Fall River : (508) 676-3406 ;
Worcester : (508) 753-2072 ; Springfield : (413) 784-1133.**

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS, DEPATMAN POU AKSIDAN ENDISTRIYÈL

Governor Mitt Romney	Commissioner John C. Chapman	Director of Workforce Development Jane C. Edmonds
Lieutenant Governor Kerry Healey		Director of Labor Angelo R. Buonopane

GID OU AN SOU ASIRANS POU AKSIDAN NAN TRAVAY, pibliye pa Massachusetts Department of Industrial Accidents,
600 Washington St., 7th Floor, Boston, MA 02111 - **Jen 2004**